

Série 1 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 262

NODULES DE MEYNET

OU

NODOSITÉS RHUMATISMALES SOUS-CUTANÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Juin 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L. BALLIN

INSPECTEUR-ADJOINT DES FORÊTS EN DISPONIBILITÉ, ANCIEN ELÈVE DE L'ÉCOLE FORESTIÈRE DE NANCY
LICENCIÉ ES SCIENCES PHYSIQUES, LICENCIÉ ES SCIENCES MATHÉMATIQUES



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juin 1885

NODULES DE MEYNET

OU

NODOSITÉS RHUMATISMALES SOUS-CUTANÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Juin 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L. BALLIN

INSPECTEUR-ADJOINT DES FORÊTS EN DISPONIBILITÉ, ANCIEN ELÈVE DE L'ÉCOLE FORESTIÈRE DE NANCY
LICENCIÉ ES SCIENCES PHYSIQUES. LICENCIÉ ES SCIENCES MATHÉMATIQUES



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

Juin 1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	}	DOYEN.
BONDET.		
CROLAS.		ASSESEURS.
MONOYER		

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		TRIPPIER (LÉON).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		BOUCHACOURT.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie minérale.		PIERRET.
Chimie organique et toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		GLÉNARD.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie.		CAUVET.
Anatomie générale et histologie.		LORTET.
Physiologie.		PAULET.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		PONCET.
Hygiène		CHAUVEAU.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique médicale.	MM. RAMBAUD.
Cours complémentaire d'Accouchements	DELORE.

CHARGÉS DES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ M. CHARPY
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSSON	VINCENT	
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET, président; M. RENAUT, assesseur; MM. CHARPY et LAURE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BONDET

NODULES DE MEYNET

OU

NODOSITÉS RHUMATISMALES SOUS-CUTANÉES

CHAPITRE PREMIER

ENTRÉE EN MATIÈRE

Je me propose d'étudier les nodosités rhumatismales sous-cutanées, telles que M. P. Meynet, médecin de la Charité, de Lyon, les a fait connaître dans un article paru dans le *Lyon-Médical* du 5 décembre 1875.

Je me restreindrai à cette forme de nodosités, se montrant inopinément chez les rhumatisants, et disparaissant de même après un temps variable, parfois très court, d'autres fois plus ou moins long; sans adhérences à la peau qui peut glisser librement sur elles, qui a conservé à leur niveau sa coloration normale, et, dans tous les cas, ne présente aucun caractère inflammatoire; sans adhérence au squelette, sur lequel on peut leur imprimer des mouvements plus ou moins étendus, suivant les régions.

Si M. Meynet ne les a pas découvertes, ce qui ne

me paraît pas absolument prouvé, toujours est-il que, de son observation seulement, datent les études dont ces singulières productions ont été l'objet.

Sans doute, quelques mois avant lui, Hirschsprung les avait observées sur une jeune fille de huit ans ; mais, comme il ne publia son observation que plusieurs années plus tard, on ne peut nier que ce ne soit M. Meynet qui ait appelé, sur les nodosités rhumatismales sous-cutanées, l'attention du monde savant.

C'est pour cela, et en vue aussi d'éviter une circonlocution qui aurait eu trop souvent à revenir sous ma plume, que j'ai donné à ces petites tumeurs le nom de : *Nodules de Meynet*. Cette dénomination est courte ; on verra, par la suite, qu'elle s'applique à quelque chose de parfaitement déterminé, et, du moment que j'adoptais une expression univoque, il m'était, je crois, difficile d'en trouver une plus convenable.

Mon travail se composera de quatre chapitres :

- 1° La présente entrée en matière ;
- 2° L'historique de la question ;
- 3° La publication d'observations de quelques cas de ces nodosités ;
- 4° Enfin, un chapitre consacré à l'étiologie, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic, le traitement de l'affection ; puis, enfin, les conclusions.

Mais avant tout, je tiens à payer un juste tribut de reconnaissance, d'abord, à mon excellent maître,

M. le professeur Bondet, qui a bien voulu m'indiquer ce sujet, me permettre de le traiter dans son service, et m'aider de ses avis ; puis, à M. le docteur Dufourt, son sympathique chef de clinique, dont les conseils m'ont été si utiles ; et enfin à M. Honorat, qui a eu l'obligeance de me communiquer l'observation d'un cas qu'il avait suivi pendant le mois d'avril dernier, alors qu'il était chargé du service d'élève interne des hôpitaux à la salle Sainte-Marie, de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et qui, en outre, a bien voulu me permettre de reproduire l'observation d'un autre cas, publié par lui dans le *Lyon-Médical* du 13 avril 1885.

Sans le bienveillant concours de M. Honorat, je n'eusse pu produire qu'un seul cas nouveau, tandis que, grâce à lui, j'en pourrai présenter trois, ce qui est beaucoup, si on veut bien considérer l'extrême rareté de l'affection, au moins dans notre pays.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553416_0013

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Ce n'est que dans ces dernières années que la manifestation rhumatismale, dont je me propose d'ébaucher l'histoire, a été à peu près connue.

A la vérité, M. Ernest Besnier, dont je parlerai dans un instant, dit bien que Sauvages (Rhumatismus vulgaris) parle de tumeurs ovoïdes, de même couleur que la peau ; que Richter (Rh. scorbut.), fait mention de tumeurs oviformes dans les muscles, mais il ne semble pas que ces auteurs aient eu une idée tant soit peu nette des nodosités qui font l'objet de cette étude.

M. Jaccoud, dans son *Traité de pathologie interne*, estime que c'est Froriep qui les a signalées le premier, dans un ouvrage ayant pour titre : *Beobachtungen über die Heilwirkung der Electricitat, bei Anwendung des magnetische-electrische apparats ; 1 Heft : Die rheumatische schwiele* ; avec un autre titre : *Die rheumatische schwiele : Ein Betrag zur Pathologie*

und Therapie des Rheumatismus. Il n'est pas toujours facile de savoir au juste ce que Froriep peut bien vouloir dire. Il décrit des affections très diverses, dont le plus grand nombre n'ont certainement aucun rapport avec les modules de Meynet. Parmi ces affections, une m'avait d'abord paru avoir avec eux certains points de relation, et si je trouvais dans la description que l'auteur en donne certaines notes à mon avis un peu discordantes, je me disais que peut-être il était tombé sur quelques cas particuliers sortant des règles habituelles ; ce seraient des enflures venant chez des gens déjà amaigris par un rhumatisme chronique, mais surtout chez ceux qui, par suite de fractures, ont eu les membres trop longtemps immobilisés ; on les trouverait à l'avant-bras, sur le bord du cubitus, et au bras, à la partie postérieure ; ces enflures seraient flasques, pâles, non seulement se laisseraient facilement isoler sous la peau, mais encore en faisant un pli à celle-ci, elles paraîtraient à l'intérieur de ce pli comme pendues dans un sac. Le tissu cellulaire voisin étant mou, celui contenu dans le pli de la peau serait dur et non dépressible. Si, d'une part, ces enflures ou callosités seraient le foyer et les compagnes constantes des douleurs rhumatismales qui disparaîtraient avec elles après un temps assez long, d'autre part elles ne seraient pas sensibles à la pression légère.

Mais en jetant les yeux sur l'observation n° 13 produite par l'auteur, et où il est justement question d'une personne qui a eu le membre longtemps immobilisé, on y voit la description de callosités ayant le

plus souvent un demi-pouce de hauteur au moins et deux doigts de largeur, et sur lesquelles il était impossible d'élever la peau. Je ne crois pas que jamais les nodules de Meynet puissent acquérir de pareilles dimensions, et je suis persuadé que si Froriep a vu nos nodosités, il n'en a du moins pas donné une description assez précise pour qu'on puisse lui en attribuer la découverte avec certitude.

M. Jaccoud est généralement considéré comme ayant le premier, après Froriep, décrit ces singulières petites tumeurs. On trouve, en effet, dans son *Traité de pathologie interne*, tome II, page 546, édition de 1871, un article d'une douzaine de lignes, reproduit littéralement dans l'édition de 1883, et qui, de prime abord, ressemble beaucoup à ce qui nous occupe. Ce sont de petites indurations, aplaties ou sphériques, au nombre variable, du volume d'un pois à celui d'une noisette, pouvant siéger assez loin des jointures, sur le trajet des tendons, et donnant à la main la même sensation que l'érythème noueux, et n'en différant que par leur volume moindre et l'absence de rougeur. M. Jaccoud les attribue à l'infiltration et à l'hypoplasie circonscrites des éléments connectifs.

Seulement, les nodosités de M. Jaccoud que, malgré l'opinion de Froriep, il considère comme exceptionnelles, adhérent à la peau, et nous verrons plus tard que c'est un des caractères les plus importants des nodules de Meynet, d'être aussi indépendants de la peau, qui peut librement glisser au-dessus d'eux, que des os sur lesquels on peut les faire mouvoir.

Aussi, malgré l'avis général, me permettrai-je de ne pas encore faire remonter jusqu'à l'illustre pathologiste la découverte de l'affection.

Le 5 décembre 1875, M. le docteur P. Meynet, médecin de la Charité de Lyon, publia dans le *Lyon-Médical* l'observation d'un cas qu'il venait d'observer dans son service.

Je n'hésite pas à attribuer à M. Meynet l'honneur d'avoir découvert l'affection dont il s'agit. Quoique son observation ait déjà été reproduite plusieurs fois, comme elle est le point de départ de tout ce qui a été dit sur la question, je ne crois pas pouvoir me dispenser de la reproduire *in extenso*, un peu plus loin. Je n'y insisterai donc pas en ce moment. Je veux cependant aller au-devant d'une objection qui pourrait m'être faite. M. Meynet ne fait pas une mention précise de la mobilité de la peau sur les nodosités, mais cette mobilité résulte de la lecture attentive de son travail; j'en pourrais fournir de nombreuses preuves, mais je n'en veux donner qu'une. « Aux deux avant-bras, dit-il, on trouve des tumeurs semblables, siégeant sur le bord interne du cubitus, et paraissant au premier abord situées entre le périoste et l'os. » Si la peau n'eût pas été indépendante des tumeurs, peau, muscles, tumeurs, périoste, os, tout eût fait un bloc homogène, et l'observateur n'eût pas manqué de signaler une circonstance aussi remarquable. M. Meynet s'est surtout attaché à démontrer l'indépendance des nodosités par rapport au squelette, leur indépendance par rapport à la peau ne lui paraissant pas pouvoir être mise en question.

En 1876, M. Ernest Besnier, dans son remarquable article, consacré au rhumatisme, du *dictionnaire des sciences médicales* (Dechambre), 3^e série, 4^e volume, page 504, a consacré quelques lignes aux nodosités, si bien décrites par M. Meynet. Il en donne la symptomatologie d'une manière telle que j'aurai peu de chose à changer à sa description.

Dans le *Handbuch der Kinderkrankheiten dritter Band*, page 21, *Tübingen*, 1878, le docteur Rehn en signale un cas observé par lui chez une jeune fille de dix ans.

M. Féréol, médecin de l'hôpital Lariboisière, a fait, le 29 août 1870, à la 7^e session de la Société française pour l'avancement des sciences, une communication relative à quelques cas de nodosités, qu'il compare aux précédentes, mais qui me paraissent en différer notablement. Ses malades étaient bien atteints de la diathèse arthritique, mais ils n'avaient jamais eu d'attaque de rhumatisme. Les nodosités étaient situées dans l'épaisseur même de la peau, ou tout au plus immédiatement au-dessous, en connexion avec sa face profonde et se déplaçant avec elle. Ce dernier caractère est surtout bien indiqué dans la thèse de M. Davaine, faite sous l'inspiration de M. Féréol, thèse dont je vais bientôt parler.

Enfin, les nodosités de M. Féréol étaient extrêmement fugaces; elles duraient vingt-quatre heures, pouvant se transporter d'un point à un autre du jour au lendemain.

Je ne suis, au reste, pas le seul à vouloir séparer les nodules de Meynet des nodosités décrites par

M. Féréol; j'aurai ultérieurement l'occasion de signaler, dans ce même ordre d'idées, l'avis tout à fait conforme à ma manière de voir d'autres observateurs dont la compétence n'est pas contestable.

Le travail de M. Féréol avait pour titre : *Des nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques*.

En 1879, M. Davaine soutint, devant la Faculté de médecine de Paris, une thèse sur : *l'œdème rhumatismal et les nodosités rhumatismales éphémères*.

Les nodosités rhumatismales ne constituent, dans le travail de M. Davaine, qu'une partie tout à fait accessoire, et l'auteur ne fait guère qu'y reproduire les opinions émises par M. Féréol, sous l'inspiration de qui il avait fait sa thèse.

En avril 1881, MM. Troisier et Brocq ont publié, dans la *Revue de médecine*, page 297, une observation prise dans le service hospitalier de M. Troisier, dont M. Brocq était alors l'élève interne. Ces messieurs affirment l'identité entre les nodosités de Meynet et celles de M. Féréol, dont ils rapportent l'observation fondamentale; mais ils ne partagent pas l'opinion de ce dernier, qui considère ces nodosités comme des sortes de fluxions passagères, et ils se rangent à l'avis de Jaccoud, qui les attribue à l'infiltration et à l'hyperplasis circonscrits des éléments connectifs.

Ils publient en même temps une autre observation communiquée à M. Troisier par M. Vulpian.

La même année 1881, dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, tome XVI, paraissait un article de Hirschsprung, intitulé : *Eine Eigenthümliche des Rheumatismus acutis im Kindesalter*. C'était le

compte rendu d'un rapport présenté deux ans auparavant à la Société médicale de Copenhague, et contenant trois observations, dont deux personnelles à Hirschsprung, et une troisième qui lui avait été communiquée par le D^r Rehn, différente de celle publiée par cet auteur, en 1878, dans le *Handbuch für Kinderkrankheiten*, dont j'ai déjà parlé.

Dans : *Transactions of the international medical congress*, London 1881, 4^e volume, pages 116 et suivantes, il a paru une communication très importante des D^{rs} Thomas Barlow et Francis Warner, intitulée : *On subcutaneous nodules with fibrous structure, occurring in children the subjects of rheumatism and chorea*. Ces messieurs ne rapportent pas moins de vingt-sept observations de ces nodosités, toutes prises chez des enfants de dix-huit ans au plus. Tous ces cas ont été réunis par eux, de juillet 1875 à août 1881, et se sont produits sous leurs yeux.

Dix de ces vingt-sept malades ont présenté, à un degré plus ou moins avancé, la coïncidence de la chorée avec le rhumatisme. Huit malades moururent et, sur cinq d'entre eux, la nécropsie put être faite. Les conclusions que MM. Barlow et Warner ont tirées de leurs nombreuses observations, font de leur travail un des plus importants qui aient été publiés sur la question.

Le 13 janvier 1882, M. Aristide Chodorowski fit des nodosités rhumatismales l'objet de la thèse inaugurale soutenue par lui devant la Faculté de médecine de Paris. L'auteur n'apporte pas beaucoup de faits nouveaux ; il se contente de publier une obser-

vation qui lui avait été communiquée par M. Bourcy, qui l'avait recueillie dans le service de M. Herat, dont il était élève interne, observation publiée en outre dans le *Compte rendu de la Société clinique*, de décembre 1881. M. Chodorowski rapporte ensuite quatre autres cas, antérieurement publiés, et parmi lesquels se trouve l'observation fondamentale de M. Féréol, ce qui tendrait à établir que, pour lui, les nodules de Meynet et les nodosités de M. Féréol, étaient une seule et même chose. On aurait tort de lui faire un crime de cette confusion, car la question était encore bien mal connue à ce moment. Si on en excepte les vingt-sept cas de MM. Barlow et Warner, qui venaient seulement de paraître, les cinq observations rapportées par l'auteur étaient à peu près les seules que la science eût enregistrées. Au reste, lorsqu'il établit la symptomatologie de l'affection, il le fait avec assez de justesse et, s'il n'insiste pas sur la mobilité de la peau au-dessus des nodosités, du moins ne dit-il pas que celles-ci font corps avec celle-là, et sait-il fort bien faire remarquer que le cas rapporté par M. Davarine, dans sa thèse inaugurale, est purement et simplement un exemple d'œdème rhumatismal.

Quant à la nature anatomique de ces petites tumeurs, sur lesquelles il porte un pronostic très bénin, il se refuse à y voir, comme le fait M. Féréol, une fluxion exsudative circonscrite, et préfère se ranger à l'opinion de Jaccoud.

Dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, du 31 juillet 1852, Georg Mayer a publié deux cas observés par lui, dont un suivi de nécropsie, ce qui

constitue le principal intérêt de cette publication.

Le 28 octobre 1882, parut dans le *British medical, journal of London*, un article du D^r Georges Mahomed, intitulé : *A case of Rheumatism node*, sur un cas observé par lui, mais qui ne me paraît pas se rapporter bien nettement au sujet que nous étudions. Il s'agissait d'un gonflement unique, pâteux, mal délimité, très douloureux spontanément et à la pression. On verra, plus loin, combien ces caractères diffèrent de ceux que présentent les véritables nodules de Meynet.

Le 2 décembre 1882, le journal anglais *The Lancet*, dans la partie consacrée au compte rendu d'une séance de *The Clinical Society of London*, contenait une communication faite par le D^r Dyce Duckworth, au sujet de deux cas observés par lui ; et, le 5 mai 1883, le même journal publiait deux autres communications faites à la même société savante, l'une par le D^r Stephen Mackensie, dont je parlerai dans un instant, et l'autre par M. Duckworth. Le cas présenté par ce dernier est encore un peu contestable, et l'auteur paraissait s'en rendre compte, car il émettait l'opinion que, peut-être, pourrait-il y avoir plusieurs variétés de nodosités rhumatismales sous-cutanées.

Je ferai le même reproche au cas présenté par M. Mackensie. Il s'agissait d'une syphilitique à la période tertiaire, offrant des nodosités que l'auteur dit identiques à celles de MM. Barlow et Warner. Mais en présence de la description et de la marche de ces nodosités, je comprends parfaitement qu'il hésite

à y voir une manifestation rhumatismale. Quant à moi, je serais plutôt porté à y voir une simple manifestation syphilitique.

Trois communications faites à *The Pathological Society of London*, par les D^{rs} Angel Money, Cavafy et Drewitt, sont relatées dans le *British Medical Journal of London*, du 31 mars 1883. J'aurai à revenir sur ces communications, quand je traiterai de l'anatomie pathologique de la lésion, car elles rendent compte d'autopsies faites sur des malades atteints de nodosités, qui paraissent identiques aux nodules de Meynet.

En décembre 1883, M. Fernand Vidal a publié, dans la *Gazette hebdomadaire*, l'observation d'un cas que, pendant son année de volontariat, il avait constaté sur un soldat de vingt-trois ans, malade à l'hôpital du Gros-Caillou. L'observateur insiste sur cette circonstance que, dans certains cas de rhumatisme chronique, les nodosités peuvent avoir une durée assez longue.

A mesure que nous avançons, nous devons nous attendre tout naturellement à voir l'affection de mieux en mieux connue et appréciée. L'article publié en décembre 1883 et janvier 1884 par M. E. Troisier, dans le *Progrès médical*, est certainement un de ceux qui ont le plus fait progresser la question. S'il ne rapporte pas un nombre d'observations comparable à celui de MM. Barlow et Warner, comme deux années se sont passées depuis le travail des deux Anglais, et que de nouveaux exemples ont été enregistrés, l'auteur, qui a su profiter de l'expérience acquise, arrive à des conséquences importantes.

Il commence par rappeler l'observation qu'en 1881 il avait publiée, de compte à demi avec M. Brocq son interne, puis une seconde observation qui lui est également personnelle. En note de son article, on trouve le résumé de deux autres cas qui lui ont été communiqués par M. le professeur Fournier, et qui, pour s'appliquer à des syphilitiques, n'en paraissent pas moins concluants. En terminant, il donne une cinquième observation qui lui a été envoyée par M. le D^r Millard. Enfin, en relatant un sixième cas, dû à M. Vulpian, il fait remarquer, mais sans vouloir y insister, de crainte, dit-il, d'embrouiller la question, qu'il doit y avoir plusieurs espèces de ces nodosités.

Pour la première fois, on trouve chez M. Troisier qui, à cet égard, répudie complètement l'opinion qu'il avait émise en 1881, l'affirmation de la non identité entre les nodules de Meynet (auxquels je n'ai pas besoin de dire qu'il ne donne pas ce nom) et les nodosités éphémères de M. Féréol.

Dans la *Gazette hebdomadaire*, M. Dreyfus-Brissach a publié, le 11 avril 1884, un mémoire dans lequel, sans relater de faits nouveaux, il résume l'état des connaissances sur la question. Il insiste tout d'abord sur cette assertion, déjà avancée par M. Troisier, que les nodules de Meynet et les nodosités éphémères de M. Féréol sont deux choses essentiellement différentes.

Le 10 avril 1885, M. Brissaud a fait paraître, dans la *Revue de médecine*, un article intitulé : *Du bubon rhumatismal*, et de la valeur pronostique des nodosités rhumatismales éphémères. M. Brissaud rap-

porte un nouveau cas observé par lui en 1882. Le malade présenta une complication particulière à laquelle l'auteur donne le nom de bubon rhumatismal, sur laquelle je n'ai pas à insister, et, en outre, de nombreux nodules de Meynet. Il tire de l'état général de son malade, et aussi de l'état de plusieurs autres malades dont il analyse des observations antérieurement publiées, cette conclusion à laquelle j'étais arrivé avant d'avoir lu l'article dont il s'agit, que ces nodosités sont l'indice d'un rhumatisme grave. Quelqu'ennui que je puisse éprouver en constatant que j'ai été devancé dans cette appréciation, je ne puis moins faire que de reconnaître que M. Brissaud a sur moi la priorité de cette importante conclusion.

Le 11 du même mois paraissait, dans le *British medical journal*, une relation intitulée : *Vulvular disease of the heart accompanied with rheumatic nodules*. Le Dr Edge, après avoir rapporté un nouveau cas, entre dans quelques considérations sur le nombre variable de ces petites tumeurs chez les divers malades, sur la fréquence différente de l'affection selon qu'on s'adresse à des enfants et des adolescents, ou à des adultes, sur la durée des nodosités, et la possibilité de les voir récidiver sur le même sujet ; enfin, sur la variabilité d'aspect qu'elles peuvent présenter.

Le 19 avril 1885, M. Honorat, interne des hôpitaux de Lyon, a publié dans le *Lyon-Médical* l'observation d'un cas qu'il avait observé à la salle Sainte-Marie, de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et qui avait, le 5 février précédent, fait le sujet d'une leçon clinique de M. le

professeur Lépine. On trouvera plus loin cette observation que M. Honorat a bien voulu m'autoriser à reproduire.

Le 5 mai 1885, M. le D^r Jordan a raconté en quelques lignes, dans le *British medical journal*, un cas observé par lui peu auparavant, sur une jeune fille de quatorze ans.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Le nombre des cas dont l'observation a été publiée avec plus ou moins de détails n'est pas grand. Voici la liste des auteurs qui les ont observés avec le nombre d'observations présentées par chacun d'eux, pour tous les cas que j'ai pu trouver :

Français

P. Meynet.....	1
Bourey (Thèse de Chodorowski).....	1
Troisier, tant de son observation personnelle que de celles de MM. Fournier, Millard, Vulpian.	6
Fernand Vidal.....	1
Brissaud.....	1
Honorat.....	2
Service de M. Bondet.....	1
TOTAL.....	13

Danois et Allemands

Hirschsprung.....	2
Rehn.....	2
Georg Mayer.....	2
TOTAL.....	6

Anglais

Barlow et Warner	27
Dyce Duckworth.....	3
Stephen Mackensie.....	1
Green.....	1
Travers.....	1
Golding Bird.....	1
Angel Money.....	1
Cavafy.....	1
Drewitt.....	1
Mahomed	1
Jordan.....	1
Edge.....	1
TOTAL	40

RÉCAPITULATION

Français.....	13
Danois et Allemands.....	6
Anglais.....	40
TOTAL.....	59

Je crois devoir rappeler ce que j'ai dit en faisant l'historique de la question, à savoir que quelques-unes de ces observations paraissent à la lecture plus ou moins contestables. Cependant, comme en somme je n'ai pas vu les malades, je n'ai pas voulu les éliminer purement et simplement, et j'ai préféré les mentionner, tout en faisant mes réserves.

Quand j'ai commencé ce travail, je me proposais de donner au moins un résumé succinct de tous les cas dont je pourrais trouver la description. Je n'ai

pas tardé à m'apercevoir qu'en agissant ainsi, je serais entraîné à des longueurs aussi fastidieuses pour mes lecteurs que pour moi-même, et je me suis décidé à me restreindre aux quelques observations ci-après.

OBSERVATION I

(Publiée par M. Meynet dans le *Lyon-Médical* du 4 décembre 1885.)
(Textuel.)

Jean S., âgé de quatorze ans, né à St-Pierre-de-Chanlieu (Isère) est entré à la Charité, salle Sainte-Aline, dans mon service, le 29 septembre 1875.

Ce jeune homme, d'une bonne santé habituelle, d'une constitution solide, grand et fort, habite depuis plusieurs années avec ses parents un appartement humide. Il a eu, il y a sept ans, des douleurs articulaires dans les genoux et les coudes. Cette première attaque n'a pas laissé de traces sensibles. Il y a deux ans, il a eu une nouvelle attaque de rhumatisme qui a duré beaucoup plus longtemps, qui a été caractérisée par des gonflements articulaires, avec rougeur et douleurs vives, dans un grand nombre de jointures, et qui s'est accompagnée de fièvre vive avec sueurs abondantes.

C'est probablement de cette attaque de rhumatisme, franchement aigu, que date l'endocardite que nous signalerons plus loin.

Enfin, il y a six semaines, il a été repris de nouveau de douleurs dans les articulations des membres supérieurs et inférieurs et dans les côtés de la poitrine, en même temps que de palpitations cardiaques très pénibles. On lui a posé, en ville, des vésicatoires sur la région précordiale et sur les poignets et un topique dans le dos.

Il n'y a pas d'hérédité : son père et sa mère jouissaient d'une bonne santé jusqu'au moment où ils sont venus habiter la maison où leur fils a contracté son rhumatisme ; mais depuis cette époque la mère a été prise en même temps que son fils de douleurs articulaires qui l'ont affligée à plusieurs reprises, et aujourd'hui même elle serait alitée comme lui, et présenterait des tumeurs semblables à celles que nous allons décrire dans un instant.

A l'entrée du jeune homme à la Charité, nous constatons l'état suivant : Gonflement considérable des deux poignets, dû à la fois à l'arthrite radio-carpienne et à l'hydropisie des synoviales des tendons des fléchisseurs et des extenseurs des doigts. Sur le dos de la main, des deux côtés, la tuméfaction est molle fluctuante, formant un bourrelet volumineux qui se prolonge jusqu'au milieu du métacarpe où il se termine brusquement ; à la face antérieure, existe également une tuméfaction molle et fluctuante qui remonte, sans limites précises, le long des tendons fléchisseurs. Sur le trajet de chacun de ces tendons, on trouve un chapelet de petites nodosités du volume d'une lentille ou d'un pois, dures au toucher, non douloureuses, adhérentes intimement à ces tendons. Leur nombre est très considérable de chaque côté.

Les articulations métacarpo-phalangiennes elles-mêmes sont gonflées et douloureuses, surtout au niveau du pouce et de l'index droits. Les doigts sont dans une demi-flexion et ne pourraient s'étendre complètement sans provoquer de vives douleurs. Tout autour de ces articulations on trouve de petites tumeurs, plus ou moins molles et volumineuses, qui affectent la forme et le siège des tophus et qui ont déformé les jointures des doigts, mais qui présentent ce caractère d'être mobiles et de pouvoir glisser sous la pression qu'on leur communique. Aux deux avant-bras on retrouve des tumeurs semblables, siégeant sur le bord interne du cubitus et paraissant, au premier abord, situées entre le périoste et l'os ; mais un examen plus attentif, en plaçant le membre dans le relâchement, montre que ces tumeurs sont également mobiles et

qu'elles peuvent glisser sur l'os. Néanmoins, leur connexion avec le périoste n'est pas douteuse.

Les coudes, au rapport du malade, ont été le siège de douleurs articulaires aujourd'hui disparues ; mais l'épicondyle et l'épitrochlée paraissent déformés et grossis par la présence de nodosités semblables à celles que nous avons décrites plus haut. Il y a manifestement un peu d'hydrarthrose du côté droit, mais tous deux sont également le siège de tumeurs nombreuses, formant comme une sorte de couronne autour de l'articulation. Parmi ces tumeurs, les unes ont le volume de petites noisettes ; quelques-unes paraissent adhérentes aux extrémités osseuses, mais on peut cependant leur imprimer un mouvement de glissement ; le même phénomène se rencontre au niveau des articulations tibio-tartriques. De plus, les tendons des extenseurs des orteils sont aussi le siège de tumeurs multiples qui se déplacent dans les mouvements de ces tendons auxquels elles semblent accolées. Nous retrouvons les mêmes tumeurs le long de la colonne vertébrale, une surtout au niveau de l'articulation sacro-vertébrale, forme une saillie du volume d'une grosse noisette, et paraît tout à fait analogue aux bourses séreuses accidentelles. La tête présente un grand nombre de ces nodosités. Le malade a de la peine à se peigner, et quoique ces tumeurs soient généralement indolentes, la résistance qu'elles opposent à l'entrée du peigne est douloureuse. Deux occupent les bosses occipitales postérieures, et atteignent le volume d'un pois ; une est située au sommet de la tête, au niveau de la suture fronto-pariétale. Enfin, sur le front, six de ces productions nouvelles figurent un croissant à concavité supérieure, très saillant. Elles sont placées symétriquement et leur volume varie d'une lentille à un gros pois. Elles sont très mobiles et glissent très facilement sur l'os sous-jacent. Ces dernières tumeurs sont toutes récentes ; d'ailleurs le malade affirme en avoir eu un bien plus grand nombre, et, suivant lui, elles commenceraient à disparaître.

Le cœur, avons-nous dit, est le siège d'une endocardite pro-

blement ancienne; la pointe bat dans le sixième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. Il existe un bruit de souffle systolique très rude, à la pointe, en même temps qu'un léger frémissement cataire et un mouvement d'ondulation très prononcé du sternum à la pointe, semblerait révéler quelque trace de péricardite ancienne.

Le pouls est petit, mais régulier; quelques râles muqueux disséminés dans les deux poumons. La fièvre, qui a été plus intense au début, est à présent plus modérée. La chaleur de la peau est légère, et il y a un peu de transpiration. Le malade affirme d'ailleurs que son attaque actuelle de rhumatisme est moins grave et moins aiguë que celle dont il a été affecté il y a deux ans.

Je passe un grand nombre de détails sans importance pour insister sur l'état actuel du malade au moment où j'ai l'honneur de le présenter à la Société des sciences médicales. L'état général est actuellement très bon; il n'y a plus de fièvre, et pas de douleurs, même dans les mouvements communiqués. Le gonflement articulaire a disparu à peu près partout, sauf au niveau des poignets et de l'indicateur droit. Les genoux sont aussi légèrement gonflés. Le nombre des tumeurs que j'ai signalées plus haut a considérablement diminué.....

En effet, aujourd'hui celles du front ont disparu totalement. A l'occiput, ce n'est plus qu'une tuméfaction insignifiante qu'on retrouve difficilement. Ce n'est plus guère que le long des cubitus des deux côtés et aux genoux qu'on peut se rendre compte facilement de leurs formes et de leurs dimensions; aux genoux surtout, où elles atteignent encore un volume considérable.

D'ailleurs, un point à noter, c'est que ces nodosités paraissent et disparaissent avec une grande rapidité. Nous en avons vu naître sous nos yeux, pour ainsi dire, du jour au lendemain, et nous les avons vu s'éteindre de même. Tout porte à croire que les dernières disparaîtront à leur tour. Ce malade

a pris de l'iodure de potassium, mais seulement depuis une quinzaine de jours environ et à une dose qui n'a pas dépassé 50 centigrammes environ par jour. Ce n'est donc pas au traitement qu'il faut attribuer la résorption de ces tumeurs, d'autant plus qu'avant l'administration de l'iodure de potassium le malade dit avoir vu un grand nombre de ces tumeurs se dissiper spontanément.

Depuis cette communication, le malade qui en faisait l'objet est sorti de la Charité, ne présentant aucune trace de son rhumatisme, sauf la lésion cardiaque qui, chez lui, jusqu'à présent, comme on l'observe presque toujours chez les enfants, n'a donné lieu à aucune altération sérieuse dans la santé.

OBSERVATION II

(Extraite du 7^e cas de MM. Barlow et Warner, publiée dans le compte rendu du Congrès international des sciences médicales, tenu à Londres en 1881).

En avril 1879, Martin D..., âgé de huit ans et onze mois fut admis à l'hôpital.....

Il a présenté une légère chorée, qui a débuté quatre-vingts jours avant son admission, et qui, neuf semaines après son entrée à l'hôpital, avait complètement disparu.....

Après la mort, les nodosités des coudes et des genoux ont été trouvées fixées aux expansions tendineuses, c'étaient des corps fibreux, demi-transparentes, ressemblant à des grains de Sugon bouillis, mais mal délimités.

Au cœur, on trouve un épanchement péricardique léger et récent, avec grumeaux lymphatiques. Une grande dilatation de toutes les cavités et des végétations sur toutes les valvules excepté celles de l'artère pulmonaire.

Gros foie muscade.

Léger épanchement dans la plèvre droite. Petites masses caséeuses, dans le lobe supérieur du poumon droit.

Un thrombus adhérent dans l'artère cérébrale, un grand nombre de petites extravasations corticales à la surface du cerveau, derrière la scissure de Sylvius et sur le lobe temporo-sphéroïdal, provenant d'embolies capillaires.

OBSERVATION III

(Extrait du 17^e cas de MM. Barlow et Warner.)

Mary H..., cinq ans et onze mois, entre à l'hôpital en août 1881.....

Après la mort, on trouve quelques petits nodules qu'on n'avait pas sentis pendant la vie. Ils étaient gros comme une tête d'épingle et étaient situés dans l'épaisseur des deux aponévroses temporales. Il y en avait au moins une trentaine. En rapport avec beaucoup d'entre eux, il y avait de très petites cavités sur la surface externe des os pariétaux, surtout à gauche. Ces cavités étaient probablement produites par la pression.

OBSERVATION IV

(Extrait de la communication faite à la Société pathologique de Londres, le 20 mars 1883, par le Dr Angel Money, relatée dans le *British medical journal*, du 31 mars 1885.)

La malade était une fille de dix ans.....

A la nécropsie, on trouva le cœur hypertrophié et dilaté,

le péricarde généralement adhérent, mais non d'une manière serrée. Quelques nodules, de la grosseur d'un grain de millet, se sentaient au toucher dans la paroi du ventricule droit. Il y avait quelques légères modifications valvulaires.

Le foie, la rate, les reins, présentaient quelques-unes des modifications ordinaires, probablement secondaires à la maladie cardiaque.

Des sections d'un nodule, de la partie postérieure du coude droit, furent considérées comme consistant en tissu fibro-cartilagineux. Une section d'un nodule du péricarde paraissait semblable au tissu connectif du tendon de la queue de la souris. Il y avait les signes d'une péricardite et d'une endocardite diffuse.

OBSERVATION V

(Etrait de la communication du D^r Cavafy, faite en la même séance de la Société pathologique de Londres, et publiée dans le même journal que la précédente.)

Le patient est un jeune garçon qui.....
.....

Les sections microscopiques des nodules, qui étaient nettement fixés au fascia profond et aux tendons, présentaient essentiellement la même structure pour les gros et les petits (nodules). Dans les petits, la texture du tissu fibreux, dont ils étaient formés était condensée, tandis que dans les plus gros, les faisceaux de tissu fibrillaire étaient plus lâchement arrangés, et les cellules lymphatiques plus nombreuses. Un tissu réticulaire particulier, à mailles rectangulaires, se rencontrait en certains points. Cette substance particulière (d'après l'opinion du D^r Cavafy) paraissait fibrineuse. Deux nodules étaient extrêmement vasculaires, et la paroi interne des artères était extrêmement épaissie, jusqu'à oblitérer presque la lumière du vaisseau par places. La tunique adventice était confondue

avec le tissu fibreux. Dans les grands nodules, quelques vaisseaux étaient épaissis de la même manière, mais il semblait que dans le plus grand nombre des vaisseaux, cet épaississement était dû à la prolifération des cellules endothéliales. Quoi qu'il en soit, les modifications inflammatoires étaient plus avancées et mieux définies dans les gros vaisseaux que dans les petits.

OBSERVATION VI

(Extrait du premier cas de Georg Mayer, rapporté dans le *Journal de Hayem* de 1884, page 210, et publié d'abord dans la *Berliner klinische Wochenschrift* de 1882.)

Garçon de douze ans, atteint d'insuffisance mitrale.....
.....
mort au milieu d'une anasarque généralisée.

Autopsie. — Endocardite chronique de la mitrale, avec hypertrophie du ventricule droit. Hépatisation rouge, foie muscade, hydrothorax et ascite.

Les nodosités ont une forme ovale, le volume de noyaux de cerise, et une consistance assez ferme. Elles sont entourées d'un tissu graisseux œdématisé et sont implantées sur les aponévroses des tendons. Au microscope, elles sont composées essentiellement de tissu fibreux, mêlé çà et là de fibrocartilage. Dans les unes, c'est le tissu fibreux qui domine; dans les autres, le cartilage.

La nodosité claviculaire a même une texture ossiforme, grâce à des dépôts calcaires dont elle est parsemée.

Il paraît donc évident qu'on se trouve en présence d'un même processus à divers stades. De conjonctives qu'elles sont d'abord, ces nodosités deviennent cartilagineuses, et même ossiformes. D'autres fois, elles peuvent se résorber.

OBSERVATION VII

(Inédite)

(Communiquée par M. Honorat, interne des hôpitaux de Lyon.)

Angélique D..., âgée de dix-neuf ans, couturière, domiciliée à Lyon, est entrée le 16 avril 1885 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, lit n° 10.

Mère morte de tubercules pulmonaires, neuf frères sont morts en bas âge, plusieurs probablement tuberculeux. Père bien portant, ainsi qu'un frère et une sœur. La jeune malade n'a jamais joui d'une parfaite santé. Elle a été fortement strumeuse dans son enfance (adénites, conjonctivites, otites), et elle l'est encore actuellement, car elle a des amygdalites assez fréquentes, et des adénites cervicales. A l'âge de six ans, elle a eu de l'ascite qui disparut après une seule ponction faite à la Charité.

Depuis fort longtemps elle est anémique, pâle, faible, bien que la musculature soit encore assez bien conservée.

Elle n'est pas encore réglée, et présente de la leucorrhée.

Névropathe, voire même hystérique, avec des crises de temps en temps, elle se plaint de points douloureux multiples et changeants.

Point ovarien.

Les articulations des deux genoux sont le siège de douleurs plus fixes, mais peu intenses. Cependant, elles n'ont pas de gonflement. La malade n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu.

Elle présente des troubles digestifs ; anorexie, dyspepsie, un peu de gastralgie, constipation habituelle ; elle a souvent des vertiges, des maux de cœur, des malaises divers. Elle tousse un peu et raconte qu'elle a craché quelquefois de petits

filets de sang. Néanmoins l'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal.

Elle a parfois des palpitations. Au cœur on entend un léger souffle au premier temps, à la pointe, se propageant peu. On entend aussi un souffle anémique à la base et dans les vaisseaux du cou.

Comme nous l'avons dit, l'état général de la malade est peu satisfaisant. Elle a l'aspect strumeux et anémique.

21 avril. — Aux deux coudes, un peu au-dessous de l'olécrâne, la malade présente de petites nodosités sous-cutanées, assez dures, de la grosseur d'un petit pois. Elles sont situées au-dessus des tendons, et offrent peu de mobilité. Pas de changement de couleur à la peau qui peut glisser librement sur ces nodosités symétriques. On n'en observe qu'une de chaque côté. La malade ne peut indiquer l'époque de leur apparition ; nous les découvrons par hasard.

Traitement : iodure de potassium, 2 grammes par jour.

2 mai. — Les nodosités constatées au niveau des coudes ont disparu. On en trouve de nouvelles au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, à l'index et au médius gauche. A la main droite on en trouve également dans les points symétriques, mais elles sont moins accusées.

4 mai. — On perçoit une petite nodosité mobile sous le doigt, à cinq centimètres au-dessous de l'épithrochlée du côté droit.

Deux jours après, la malade ennuyée de l'hôpital, demande et obtient son exeat. Elle porte encore les tumeurs aperçues les 2 et 4 mai, et qui n'ont pas varié.

Le diagnostic adopté est :

Anémie profonde ; hystérie, nodosités rhumatismales sous-cutanées.

OBSERVATION VIII

(Inédite)

Marie H., lingère, âgée de trente-trois ans, née à Wallekirch (grand duché de Bade), et demeurant à Lyon, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, lit n° 5, service de M. le professeur Bondet, le 30 décembre 1884.

Son père est mort d'une affection inconnue, sa mère se porte bien, sauf qu'elle est sujette à des migraines. Quatre frères, dont un a succombé à une maladie de poitrine, et un second est décédé en bas âge, sans qu'on puisse savoir de quoi il était mort.

La malade a eu un enfant, mort en bas âge, par suite de convulsions.

Elle ne se rappelle avoir éprouvé aucune maladie jusqu'à l'âge de dix-sept ans, époque à laquelle la menstruation s'est établie. Depuis lors, les règles sont toujours venues régulièrement, mais depuis plusieurs années, elles ont souvent persisté d'une manière anormale, durant parfois dix et même quinze jours.

Il y a six ans, elle a eu la fièvre typhoïde.

Il y a environ trois ans, la malade a été prise de douleurs (accusées surtout la nuit), dans le membre supérieur gauche qui aurait été enflé dans sa totalité, et d'une teinte violacée, surtout au niveau des jointures.

Ces douleurs auraient ensuite envahi successivement toutes les articulations du côté gauche ; celles du côté droit, prises à leur tour, n'auraient jamais été si douloureuses.

La nuque aurait aussi été le siège de douleurs qui n'ont pas encore disparu.

Depuis un an, les douleurs ont reparu, généralisées à toutes les articulations que, cependant, la malade peut mouvoir et même d'une manière assez étendue.

Il paraîtrait que cette réapparition constituait le troisième accès de la maladie.

Depuis lors, depuis un an par conséquent, Marie H... s'est aperçue que les articulations des phalanges de la main droite étaient le siège de déformations notables.

On constate, en effet, que l'annulaire et l'auriculaire sont dans un état de flexion permanente. Le médius, au contraire, ne se fléchit que difficilement et en occasionnant de la douleur. Du côté gauche, les jointures interphalangiennes sont le siège d'une raideur douloureuse.

La malade est sujette à des céphalalgies migraineuses fréquentes, durant la plus grande partie de l'après-midi, la soirée et une partie de la nuit.

Sur les deux olécrânes, sur les deux rotules et sur les parties postéro-supérieures des deux cubitus, à trois ou quatre centimètres des olécrânes, on trouve de petites tumeurs rappelant, par leur forme et leur consistance, les tophus de la goutte. Celle de l'olécrâne gauche a la grosseur d'une noisette ; elle est acuminée et forme comme un petit cône implanté par sa base, celle de l'olécrâne droit est bien moins grosse.

Celles des deux cubitus sont de la dimension d'un petit pois. Celles des deux rotules sont bien plus petites.

Ces tumeurs, qui ont toujours été indolentes, même à une pression modérée, ne s'accompagnent d'aucun changement de couleur à la peau qui peut glisser librement sur elles. La malade ne se rappelle pas l'époque de leur apparition. Tout ce qu'elle sait, c'est qu'elle les porte depuis plusieurs mois, six ou huit au moins, lors de son entrée à l'hôpital. Elle croit qu'elles ont dû se montrer subitement, car elle s'est aperçue tout d'un coup de leur existence.

On ne retrouve de semblables nodosités en aucun autre point du corps. En particulier, il n'y en a ni au front, ni au cuir chevelu, mais on constate aux parties latérales de la face postérieure de certaines articulations interphalangiennes, de petites tumeurs mollasses qui n'ont aucun rapport

avec les précédentes, et qu'on reconnaît être des épanchements dans les culs-de-sac synoviaux. Les deux gros orteils sont le siège de douleurs persistantes, mais jamais la malade n'y a ressenti d'élançements douloureux. Au reste, jamais les douleurs n'ont débuté par ces deux orteils.

Rien au poumon.

L'examen du cœur révèle un léger souffle systolique à la pointe, quand la malade retient sa respiration.

Il y a une quinzaine de jours, elle aurait eu deux hémoptysies, constituées chacune par un caillot de sang noirâtre.

Sueurs abondantes aux pieds et aux mains. Urine, 1,500 grammes, transparente, densité normale.

Urée totale 9 g., phosphate 2 g. 83.

La malade dit que depuis l'âge de dix-sept ans, époque à laquelle elle a commencé à servir comme femme de chambre; elle a usé d'une nourriture très azotée. Elle buvait autant de café noir qu'elle le pouvait, et cela allait bien à un demi-litre au moins; parfois un litre par jour.

Température normale.

Le salicylate de soude est administré trois fois sans amener de soulagement.

On donne ensuite: teinture de colchique 20 à 40 gouttes, eau de Vichy, source Saint-Yorre; huile de jusquiame et baume tranquille en frictions.

3 février 1885. — A la suite d'injections sous-cutanées de pilocarpine, Marie H. se plaint de maux de cœur persistant toute la journée, salivation abondante.

25 février. — La malade accuse des douleurs plus vives dans l'articulation tibio-tarsienne et le pied gauche. Enveloppement, après friction, avec l'huile de jusquiame et le baume tranquille.

30 avril. — Les tumeurs paraissent en voie de décroissance. Celle de l'olécrâne droit, très réduite est certainement plus petite qu'un grain de chenevis, mais très dure;

elle paraît en voie d'élimination, la peau devient adhérente, présente une rougeur ne s'effaçant pas par la pression.

Il n'y a pas d'excoriation, pas de douleur, même à la pression. La nodosité de l'olécrâne gauche est aussi en voie de régression, cependant elle est encore très appréciable à la simple vue, on peut la luxer sur les plans profonds sans causer de sensations douloureuses.

1^{er} mai. — Il y a un peu de gonflement douloureux de la région du cou-de-pied gauche. Un vésicatoire appliqué en ce point, produit un soulagement notable et fait disparaître l'enflure.

13 mai. — La malade demandant son exeat, on procède à un nouvel examen.

Rien au poumon.

Rien au cœur ; on ne retrouve pas le souffle systolique constaté à l'entrée.

La menstruation est toujours régulière comme date ; elle a eu lieu cinq fois pendant le séjour de quatre mois et demi à l'hôpital, mais chaque époque se prolonge plus qu'il ne conviendrait, huit à dix jours au moins.

La malade est toujours sujette aux céphalalgies migraineuses dont elle se plaignait à son entrée. Les douleurs articulaires spontanées ont disparu. Il y a plutôt de la faiblesse dans les membres, que de véritables souffrances. Cependant quand la malade a marché un instant, les articulations du genou et du cou-de-pied, à gauche, deviennent un peu douloureuses.

Les pieds qui ne sont pas normalement enflés, le deviennent au bout d'une marche de moins d'une heure. Ce n'est pas quand la malade a marché un certain temps qu'elle sent ses jambes raides ; mais si elle s'arrête un instant, elle éprouve de la difficulté à se relever ou à repartir, elle dit que « ses jambes s'enraidissent. »

Nodosités. — Celle de la rotule droite a disparu, celle de la rotule gauche, quoique diminuée, se retrouve encore.

La nodosité de l'olécrâne droit est à peine grosse comme la

tête d'une épingle en laiton ; la peau, que nous avons antérieurement trouvée adhérente et rouge, s'est perforée, mais on ne voit pas trace de suppuration. Une personne présente disait que quelqu'un qui verrait ce conde pour la première fois ne pourrait songer qu'à une pustule d'acné desséchée.

Celle du cubitus droit est encore très apparente, quoique sensiblement diminuée, celle du cubitus gauche, également diminuée est bien moins apparente que la précédente, et, vu ses faibles dimensions, il est difficile, quoique non impossible, de la mobiliser sur les parties profondes ; celle de l'olécrâne gauche a perdu plus de moitié de sa grosseur, mais elle conserve son aspect.

La consistance de ces tumeurs n'a pas diminué ; elle aurait plutôt augmenté, depuis le premier examen.

Toutes, sauf celle de l'olécrâne droit, sont restées indépendantes de la peau qui n'a jamais changé de couleur à leur niveau. A aucun moment, aucune d'elles, pas même celle de l'olécrâne droit, n'a été douloureuse spontanément, ni à une pression modérée.

L'exeat est accordé et Marie H. quitte l'hôpital.

Le diagnostic est : Rhumatisme chronique, nodosités rhumatismales sous-cutanées.

OBSERVATION IX

(Publiée par M. J. Honorat, interne des hôpitaux de Lyon,
dans le *Lyon-Médical* du 19 avril 1885).

Joséphine M..., âgée de vingt-six ans, boulangère, entrée le 2 février 1885 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Lucien Meynet, salle Sainte-Marie, lit n° 11.

Pas d'antécédents héréditaires. Les parents et quatre frères ou sœurs se portent tous bien. Pourtant sa mère a eu quelques fois des douleurs, mais jamais de rhumatisme articulaire aigu.

La malade, réglée à seize ans, a toujours eu une menstruation régulière; elle ne se souvient pas de maladie grave, et jouit habituellement d'une assez bonne santé. Cependant, elle a des migraines, au moins tous les mois, depuis plus de dix ans. La demeure qu'elle habite n'est pas particulièrement humide, mais la malade est assez souvent exposée à l'humidité. Son régime est très régulier, pas d'abus de café, enfin elle n'a pas eu la syphilis.

Il y a cinq mois qu'elle a commencé à éprouver des douleurs assez vives qui ont débuté par de grosses jointures, épaule droite, genoux et coudes des deux côtés, mais de petites jointures, celle du médus de la main droite et de la main gauche ne tardèrent pas à être envahies. Le gonflement a toujours été presque nul. Les douleurs n'ont pas cessé depuis cette époque, elles sont continues, mais présentent parfois des exacerbations, surtout vers le soir. Les mouvements ont été un peu gênés au début; actuellement la malade peut marcher sans boiter. Depuis un mois, il existe un peu de gonflement au niveau des articulations du médus; aussi l'extension des doigts n'est pas complète, mais la déformation est peu apparente.

On constate actuellement sur les deux coudes, en arrière, l'existence de petites nodosités assez saillantes, soulevant la peau, de sorte qu'on les voit aisément sans avoir besoin de les chercher attentivement; elles sont placées symétriquement, à égale distance à peu près de l'olécrâne et de l'épicondyle. Elles sont situées sous la peau qui roule facilement sur elles, mais moins mobiles sur les parties profondes; elles peuvent pourtant se déplacer un peu. Il n'y en a qu'une de chaque côté; leur grosseur égale celle d'un pois, leur forme est arrondie ou plutôt ovoïde; leur consistance est assez dure et rappelle celle du cartilage. Elles ne sont pas douloureuses au toucher. A leur niveau, la peau n'est pas rouge et ne l'a jamais été. Il y a un mois environ que la malade a constaté ces singulières productions; elles se sont modifiées depuis lors.

On constate des nodosités semblables au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, en dehors ; elles sont placées avec une symétrie aussi parfaite que les premières, mais elles sont plus petites et plus molles. A droite surtout, la nodosité a presque disparu.

Les deux genoux présentent chacun une nodosité plus volumineuse que les précédentes, et aussi plus molle et moins bien limitée. Elles occupent le bord externe de la rotule, vers sa partie supérieure. Comme elles ne diffèrent des autres que par leur volume et leur consistance, nous n'y reviendrons pas ; elles paraissent en voie de disparition.

Nous n'avons pas trouvé ailleurs d'autres nodosités. Nous n'en avons rencontré ni au front ni à la face postérieure du crâne, où d'autres observateurs les ont trouvées souvent dans ce cas-là.

L'état général de la malade n'est pas très satisfaisant. Les fonctions digestives sont troublées, l'appétit est diminué, les digestions sont difficiles et pénibles ; quelques douleurs gastralgiques ; pas de vomissements ni de diarrhée. La malade a maigri ; elle est anémiée et présente un souffle dans les vaisseaux du cou. Elle tousse un peu, mais n'a rien aux poumons.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Au cœur la main perçoit un frémissement assez marqué à la pointe ; celle-ci bat dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire. A l'auscultation, souffle diastolique à la pointe ; un autre souffle diastolique au niveau du foyer aortique.

Depuis le début de la maladie actuelle, les migraines ont complètement disparu.

26 mai. — Je revois avec M. Honorat la malade chez elle. Elle a quitté l'hôpital depuis quelques semaines. L'état général ne s'est pas notablement modifié, cependant il paraît un peu meilleur qu'il n'était lors du précédent examen.

La maladie de cœur ne semble pas avoir fait de grands progrès, mais elle existe toujours.

Les migraines proprement dites n'existent plus, mais il y a encore quelques céphalalgies.

Encore quelques douleurs articulaires lorsque le temps est humide, mais ces douleurs sont très supportables.

L'appétit est faible, mais les digestions se font bien. Les forces sont encore loin d'être complètement revenues, et l'anémie qui, cependant, a beaucoup diminué, existe toujours un peu.

Les nodosités constatées ont disparu sans laisser de traces, mais il s'en est produit deux nouvelles, sur les rotules, parfaitement symétriques, assez petites, à peu près au même niveau que celles qui existaient aux mêmes endroits, mais certainement plus en avant. Elles présentent au reste les mêmes caractères que les précédentes.

DISCUSSION DE CES OBSERVATIONS

La première observation est celle de M. P. Meynet; elle contient la constatation pure et simple de l'affection, et je n'ai pas à insister.

Les cinq suivantes ont trait à des autopsies sur lesquelles je m'appuierai, en établissant l'anatomie pathologique de la lésion.

OBSERVATION VII. — La malade, qui fait l'objet de cette observation, est spécialement intéressante en ce que chez elle les antécédents rhumatismaux peuvent être discutés.

En effet, que trouve-t-on? Les traces de la diathèse scrofuleuse, qui est peut-être l'héritage de la tuberculose maternelle; une anémie profonde, avec son cortège habituel le plus complet, y compris l'hystérie.

Des douleurs fixes, mais peu intenses, et sans gonflement, aux deux genoux ; pas d'attaque de rhumatisme articulaire aigu, et c'est tout ; si l'on en excepte une lésion cardiaque incontestable, qui vient donner leur vraie signification aux douleurs articulaires.

Je n'ai pas vu Angélique D... ; je ne la connais que par l'observation et les explications verbales que M. Honorat a bien voulu me donner ; mais tous ceux qui l'ont vue ont été unanimes à la considérer comme rhumatisante. Seulement, elle est atteinte d'un rhumatisme primitivement chronique, dont les premières attaques, quoique très modérées comme manifestations articulaires, ne s'en sont pas moins accompagnées d'une affection cardiaque qui doit rendre le pronostic très réservé.

La malade n'est pas restée trois semaines à l'hôpital ; on peut donc encore espérer un peu que le souffle que l'on entend à la pointe au premier temps ne persistera pas, mais ce n'en est pas moins un aléa gros de menaces.

Enfin, comme dernière preuve de la diathèse rhumatismale, il y a les nodosités elles-mêmes. Peut-être, dira-t-on que je fais une pétition de principes, et que je devrais d'abord établir l'existence de cette diathèse, pour avoir le droit de les en considérer comme la conséquence.

Il est certain qu'habituellement elles se montrent dans des cas où aucun doute ne peut exister, mais alors elles présentent exactement les mêmes caractères que dans le cas actuel. Par une bonne fortune tout à fait exceptionnelle, et qui ne s'est probable-

ment jamais encore rencontrée en France, il y avait, en même temps qu'Angélique D..., dans le lit voisin, n° 10 (observation IX), une autre malade atteinte de nodules de Meynet tellement incontestables que M. le professeur Lépine en a fait l'objet de sa leçon clinique du 5 février dernier. On avait donc sous la main un point de comparaison précieux, qui ne laissait guère de prise à l'erreur.

L'OBSERVATION VIII est celle qui a servi de point de départ à ce travail. Ici, les antécédents rhumatismaux ne sont pas douteux. Au début, on avait, paraît-il, songé à la goutte, malgré la rareté de cette maladie chez la femme. Un examen plus attentif et la marche de la maladie sur laquelle, en particulier, le colchique fut sans action, firent revenir à l'idée de la diathèse rhumatismale. L'insuccès du salicylate de soude ne saurait avoir aucune signification contraire à cette manière de voir, la crise actuelle n'ayant jamais été aiguë.

Les nodosités se sont présentées avec leurs caractères habituels, seulement elles ont persisté plus longtemps qu'à l'ordinaire.

Quand je dis qu'elles ont présenté leur aspect habituel, ce n'est exact que pour cinq d'entre elles. La sixième, celle de l'olécrâne droit, a au contraire offert quelque chose de tout à fait anormal; elle est devenue tout à fait adhérente à la peau qui, à son niveau, a rougi et s'est excoriée, en restant toujours indolente. Est-ce une variété encore inconnue dans la marche de l'affection? Je n'y crois guère, et j'ai

plus de tendance à mettre la chose sur le compte des frottements incessants qu'a dû subir cette petite tumeur qui faisait saillie sous le coude droit, c'est-à-dire en un des points du corps où les pressions et les chocs sont les plus fréquents.

J'ajouterai que je n'ai pas vu la malade à son entrée à l'hôpital. Je n'ai guère commencé à m'occuper d'elle et, je l'avoue, d'abord un peu sommairement, qu'à la fin de mars. A ce moment, la peau n'avait pas encore rougi, mais je ne sais ce qui s'était passé dans les trois mois précédents que par ce que m'en ont dit les personnes qui suivaient le service, et qui ne se rappellent pas avoir remarqué dans cette nodosité rien qui la différenciât des autres.

J'aurai, du reste, à en reparler un peu plus tard.

OBSERVATION IX. — J'ai peu de chose à ajouter sur la malade Joséphine M. . . , c'est en quelque sorte un cas type de nodules de Meynet. Le sujet est une fille de vingt-six ans, atteinte d'une crise de rhumatisme subaigu qui paraît passé à l'état chronique et a amené une lésion cardiaque organique.

Dans ce cas, comme dans les deux précédents, on note la symétrie parfaite des nodosités, par rapport à l'axe du corps, leur indolence, leur défaut d'adhérences, tant à la peau qu'aux parties profondes. Mais cependant on y trouve quelque chose qui manquait chez Angélique D. . . et chez Marie II. . . , la réapparition de nouvelles nodosités, après la disparition des anciennes, qui ont duré plusieurs mois.

Je dois encore signaler la disparition, ou du moins

la grande diminution des migraines, depuis le début des accidents rhumatismaux. Faut-il en conclure qu'elles étaient la première manifestation de la diathèse, et que cette manifestation s'est calmée lorsque la maladie dont elle n'était qu'un épiphénomène, s'est portée sur les articulations? C'est là une question que je ne me charge pas de résoudre, mais je crois que le fait valait la peine d'être mentionné.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. SYMPTOMATOLOGIE.
DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. TRAITEMENT

§ 1. — ÉTIOLOGIE

L'étiologie des nodules de Meynet n'est pas encore connue, ce qui ne doit pas étonner quand on réfléchit que dix années à peine se sont passées depuis la première observation complète qui en a été donnée, et si on considère aussi le petit nombre des cas qui ont été observés depuis lors.

Il est cependant possible d'entrevoir l'influence d'un certain nombre de causes prédisposantes.

Les seules observations que j'aie trouvées sont dues à des Anglais, à des Français, à un Danois, à deux Allemands. Il est fâcheux que les observateurs n'aient pas indiqué les pays d'où provenaient leurs malades. Faute de ce renseignement, je suis bien forcé d'admettre que les cas observés par des Anglais l'ont été

sur des Anglais, que ceux relatés par des Français s'appliquaient à des Français, et de même pour les cas observés par les Allemands et les Danois, quoique je ne me dissimule pas que les résultats numériques que je pourrai déduire de cette hypothèse ne puissent être entachés de quelques erreurs de détail. Ainsi, par exemple, l'observation qui sert de base à ce travail (observation VIII), prise dans le service de M. Bondet, concerne une Badoise.

Sur les cinquante-neuf cas que j'ai réunis, je trouve quarante Anglais, sept Allemands ou Danois en y comprenant le cas dont je viens de parler, douze Français.

En revanche je ne rencontre ni Espagnols, ni Portugais, ni Italiens, ni Grecs, ni Turcs ; en un mot, je n'ai pas trouvé un seul cas provenant des parties méridionales de l'Europe. Je n'en ai pas trouvé davantage dans les autres parties du monde.

Faut-il invoquer l'influence de la latitude ? Mais alors comment se fait-il que l'Allemagne et le Danemark (sans compter les autres pays du Nord) ne présentent en tout que sept exemples de l'affection, dont un observé à Lyon ? Est-ce à dire que la maladie dont nous nous occupons y soit tout à fait une rareté ? C'est la première idée qui vienne à l'esprit, mais on peut aussi se demander si nos voisins d'outre-Rhin n'ont pas regardé comme indigne d'eux de s'occuper d'une manifestation morbide que Rehn considère comme plus curieuse qu'importante.

L'influence de la latitude seule ne peut donc pas être admise.

Mais, que ce soit pour une cause ou pour une autre, plus des deux tiers des cas connus appartiennent à l'Angleterre. Il y a plus, quand on lit les descriptions des médecins anglais, on arrive vite à se convaincre qu'un bien plus grand nombre encore de cas, n'ont pas été publiés. Je n'en donnerai que deux preuves.

Le D^r Edge dit ces mots : « Les observateurs varient au sujet de la fréquence de l'affection ; le D^r Mahomed n'en a vu que deux cas en deux ans ; le D^r Angel Money les a trouvés au moins dans 50 p. 0/0 des cas de rhumatisme chez les enfants. » A la séance du 20 mars 1883, de la Société pathologique de Londres, le D^r Payne, en discutant les communications de MM. Angel Money, Cavafi et Drevit, dit avoir vu de nombreux cas de ces nodosités rhumatimales sous-cutanées.

J'ai déjà dit que je considérais comme contestables plusieurs observations recueillies par des Anglais qui, surtout dans ces premières années, me paraissent avoir confondu avec les andules de Meynet, d'autres tumeurs accidentelles de natures variables, comme au reste cela s'est aussi fait chez nous ; mais cependant je crois qu'il est difficile de se refuser à reconnaître que ces nodosités sont incomparablement plus fréquentes en Angleterre qu'en aucun autre pays. Est-ce une question de race, est-ce une question de climat ? C'est ce que j'ignore absolument.

L'âge paraît jouer aussi un rôle sérieux. Sur nos cinquante-neuf cas, quarante-trois, tous paraissant incontestables, ont été observés sur des sujets de moins de vingt ans, tandis que, malgré la fréquence plus

grande du rhumatisme au delà de cet âge, on en trouve seize seulement chez des sujets âgés de plus de vingt ans, et encore est-ce dans ce nombre, déjà si restreint que se trouvent les plus douteux. Je crois donc pouvoir avancer que si aucun âge n'en est à l'abri, c'est surtout une maladie de l'enfance et de l'adolescence.

L'influence du sexe est moins certaine. Je trouve vingt-quatre hommes et trente-cinq femmes. Les chiffres que j'ai pu recueillir sont trop faibles pour pouvoir servir de base à une statistique bien concluante, cependant la différence que nous trouvons en faveur du sexe féminin me semble devoir être d'autant plus prise en considération que, au moins dans la pratique hospitalière, qui a fourni l'immense majorité des cas connus, on observe un plus grand nombre de rhumatisants chez les hommes que chez les femmes. J'arriverai donc à cette troisième conclusion, que la femme y paraît un peu plus prédisposée que l'homme.

Il est fréquent de ne voir les nodosités apparaître que dans le cours de la seconde ou même de la troisième attaque de rhumatisme ; lorsqu'elles se montrent à la première crise, c'est souvent après que la maladie a duré déjà un certain temps, mais cette règle est loin d'être absolue. J'ai rapporté précédemment (observation VII), un cas dans lequel les manifestations rhumatismales proprement dites étaient fort peu de chose ; comme on ne sait pas à quelle époque ont apparu les nodosités que l'on a découvertes tout à fait par hasard, peut-être étaient-elles une des premières manifestations de la diathèse, mais je le répète, ceci est tout à fait exceptionnel.

M. Drewitt qui pense, avec M. Barlow, que ces nodosités sont *probablement* homologues dans leur structure aux exsudations inflammatoires qui constituent les végétations des valvules cardiaques, estime qu'elles peuvent aussi bien s'y rapporter par leur origine que par leur nature. Faisant remarquer qu'on les trouve surtout sur les proéminences osseuses du corps, il attribue dans leur production une certaine influence aux pressions et aux frottements auxquels ces proéminences sont soumises. Il fait observer que, sur les valvules cardiaques qui, dit-il, sont peut-être plus exposées que tout autre point du corps, aux frottements provenant, soit des valvules l'une contre l'autre, soit du courant sanguin, quand elles sont enflammées, c'est précisément la partie la plus proéminente de la valvule qui est la plus exposée aux frottements, et que c'est aussi celle où se développent les végétations.

C'est là une hypothèse ingénieuse, dont rien, à la vérité, ne démontre l'exactitude, mais qui n'a en somme rien de choquant.

Quant aux causes déterminantes qui font que dans un même pays, dans le cours des rhumatismes de même intensité, un homme présente des nodosités, tandis qu'un autre du même âge n'en offre pas trace, elles sont inconnues.

§ 2. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'assez nombreuses autopsies dues à Bang, Parker, Barlow et Warner, Georg Mayer, Angel Money, Cavafy, etc..., ont permis de fixer d'une manière certaine la nature des nodosités rhumatismales sous-cutanées.

Elles sont constituées par une trame de faisceaux conjonctifs entre lesquels on rencontre des cellules de diverses natures, étoilées, fusiformes, embryonnaires, l'abondance relative de ces différents éléments variant selon les cas ; les gros nodules auraient une texture généralement plus lâche que les petits. Il y a une riche vascularisation. Les vaisseaux artériels ont souvent leurs parois épaissies par suite de l'hyperplasie de la couche endothéliale de leur paroi interne, et cet épaississement signalé par M. Cavafy pourrait aller, dans certains cas, jusqu'à obstruer par places la lumière du vaisseau. Cet observateur a en outre noté sur certains points un tissu particulier lui paraissant de nature fibroïde, et formé par un réseau à mailles remarquablement rectangulaires.

Il est au reste le seul à avoir trouvé un degré d'organisation aussi avancé, mais tous sont d'accord quant à la nature de la production. M. Money la qualifie même de fibrocartilagineuse, et dans un cas, mais dans un seul, Georg Mayer a trouvé une nodosité qui, s'étant incrustée de sels cubaires, était devenue comme osseuse.

Je sais bien qu'il est difficile de comprendre que

des productions fibreuses ou fibrocartilagineuses puissent paraître d'un jour à l'autre, et disparaître de même, comme on en a vu des exemples, mais les faits sont là. Vainement, on objecterait que les nodules examinés après la mort existaient depuis un temps relativement long et ne se seraient peut-être pas résorbés ; que si leur structure était aussi compliquée, c'est qu'ils avaient acquis un degré d'organisation qui les rendait définitifs, car dans un cas (17° de MM. Barlow et Warner), on trouva à l'autopsie un nodule qui avait été noté pendant la vie, mais qui avait diminué au point de cesser d'être perceptible à travers les téguments, et dans un autre (18° des mêmes auteurs), un nodule fut extirpé pendant la vie et examiné. Nul doute que si on l'eût laissé en place il n'eût, comme toutes les autres nodosités qu'offrait le sujet, disparu à son tour. Dans l'un ni l'autre cas, on ne nota la moindre différence de structure.

Peut-être pourrait-on dire que tout à fait au début il se produit une exsudation plastique qui ne s'organise qu'ultérieurement. Cela expliquerait assez bien l'apparition subite et la disparition parfois très rapide des nodosités qui, une fois arrivées au stade conjonctif ou fibreux, exigeraient un temps beaucoup plus long pour se résorber.

Mais en somme, cette hypothèse, que je livre pour ce qu'elle vaut, ne repose sur aucun fait positif.

Quant à leur siège anatomique, ce seraient les aponévroses profondes et les expansions tendineuses. Hirschsprung dit les avoir trouvées dans le tissu cellulaire sous-cutané, très près du tendon du triceps.

Dans un cas des D^{rs} Barlow et Warner, elles adhéraient au péricrâne. En général, le tissu cellulaire voisin n'est pas intéressé, cependant Georg Mayer, dans l'autopsie qu'il rapporte, dit que ce tissu cellulaire était oedématié.

Dans un cas très curieux, dont j'ai donné plus haut (observation III) un extrait, les docteurs Barlow et Warner ont trouvé les os du crâne creusés, au niveau des nodosités, de très petites cavités, qu'ils attribuent à la pression, rien n'indiquant que le tissu osseux ait pris part à la néo-formation, qui en était parfaitement distincte.

Il nous reste à étudier une dernière question. Les nodules de Meynet sont-ils des produits inflammatoires ? En pathologie générale, on dit que l'inflammation s'accompagne de quatre symptômes principaux, auxquels on donne la dénomination de *cardinaux*, et qui sont la rougeur, la chaleur, la douleur et la tumeur. La rougeur n'a été notée que dans un petit nombre de cas ; dans les uns, on pouvait la mettre sur le compte de frictions faites dans un but dérivatif. Quant aux autres, le plus grand nombre d'entre eux me paraissent avoir été rapportés à tort à notre affection. Je puis donc dire que, au moins dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de rougeur.

Il en est de même de la chaleur, l'éclosion des nodules de Meynet ne s'accompagne pas de poussées fébriles spéciales, et quand la fièvre a été notée, elle s'expliquait de reste par l'acuité de la maladie générale.

La douleur est aussi excessivement rare.

Reste donc la tuméfaction. Peut-elle, à elle seule, suffire à caractériser un processus inflammatoire ? Je ne le crois pas. Cependant, il ne faut pas oublier que les nodosités ne sont qu'une des manifestations du rhumatisme, et qu'à ce titre, si elles ne constituent pas par elles-mêmes une inflammation proprement dite, elles tirent cependant leur origine première d'une maladie inflammatoire.

§ 3. — SYMPTOMATOLOGIE

Les nodules de Meynet apparaissent dans le cours d'un rhumatisme aigu, subaigu, ou, plus rarement, chronique.

Ils peuvent se montrer à la première attaque, et même, comme nous l'avons vu, en rapportant l'observation VII, être une des premières manifestations de la diathèse, mais c'est exceptionnel. Plus habituellement, on ne les voit qu'à la seconde ou à la troisième crise, quand la maladie a déjà sérieusement détérioré l'organisme. Ils coexistent, le plus souvent, surtout chez les enfants, avec des lésions cardiaques. Il n'est donc pas étonnant que ces nodosités apparaissent parfois au milieu ou à la suite d'un état fébrile assez intense. Mais si la fièvre n'existait pas auparavant, si aucune cause étrangère, comme serait par exemple une aggravation subite de l'état du cœur, ne vient l'allumer, ce n'est pas l'éclosion

des nodules qui la fera naître, car, par elles-mêmes, ces petites tumeurs sont apyrétiques.

Jamais on ne les a vues amener de suppuration ; pas même dans ce cas si remarquable que j'ai signalé à propos de mon observation VIII, où un des nodules, celui du coude droit, était devenu adhérent à la peau qui, à son niveau, avait rougi et s'était perforée. J'ai essayé d'expliquer cette particularité, peut-être unique, par les pressions et les frottements auxquels le coude droit est sujet, mais je ne me dissimule pas combien mon explication laisse à désirer, et, si je m'en suis contenté, cela a été parce que je n'en trouvais pas une meilleure.

Leur nombre est variable, ordinairement il y en a plusieurs, parfois un grand nombre, cinquante à soixante ; plus rarement on n'en trouve qu'un seul.

Dans 53 cas où leur siège était indiqué, on les a trouvés :

1° 36 fois au coude, dont 29 fois des deux côtés et 7 fois d'un seul ;

2° 22 fois sur les deux genoux, 7 fois sur un seul genou ;

3° 18 fois sur les deux mains, 7 fois sur une seule main ;

4° Les malléoles ont été prises 22 fois : 11 fois les deux malléoles externes, 2 fois les deux malléoles internes, 9 fois il n'y avait pas symétrie entre les malléoles intéressées, et de ces 9 fois, une fois il y avait une malléole externe et une interne ;

5° 7 fois à l'occiput, dont 4 fois des deux côtés ;

6° 7 fois aux avant-bras, dont 5 fois des deux côtés ;

7° 7 fois sur les pieds, dont 5 fois des deux côtés ;

8° 6 fois sur le front, dont 4 fois des deux côtés ;

9° 4 fois sur les deux cous-de-pied, une fois sur un seul ;

10° 2 fois sur les deux poignets, 3 fois sur un seul ;

11° 5 fois sur la colonne vertébrale ;

12° 6 fois sur les épaules, dont deux fois des deux côtés ;

13° 1 fois au sommet de la tête ;

14° Enfin, on les a trouvés 13 fois en diverses autres parties du corps, dont six fois en des endroits à peu près symétriques.

Dans 5 cas seulement, on n'en trouvait pas de symétriquement placés.

Leurs sièges de prédilection sont donc les coudes et les genoux, puis les mains. Quant à l'occiput et au front, ils ne viennent qu'en cinquième et huitième ligne. En réunissant le nombre des cas où on les a trouvés au front et à l'occiput, ce qui ne peut pas se faire en additionnant purement et simplement les chiffres indiqués plus haut, parce qu'assez souvent il est arrivé que le même sujet en portât aux deux endroits, la tête n'arrive que bien après les coudes, les genoux et les mains, et si elle passe assez généralement comme un lieu d'élection des nodosités, cela tient probablement à ce que les premiers observateurs les y virent.

Aux coudes, l'olécrâne; aux genoux, les rotules; aux

main, les articulations des doigts sont les parties les plus fréquemment atteintes.

Les nodules de Meynet ont une tendance manifeste à la symétrie, qui peut être parfaite, mais qui peut aussi, quoique plus rarement à ce qu'il semble, n'être que relative, deux parties homologues étant prises, mais pas exactement au même point. Cette tendance me paraît si grande, que je serais porté à en faire un caractère général, et à admettre que quand il n'y a pas symétrie, ce n'est qu'en apparence, certaines nodosités, par leur extrême petitesse, ayant échappé à l'observation, comme j'en ai rapporté plus haut un exemple (observation III).

Ce sont de petites tumeurs plus ou moins mobiles sur les parties profondes, en général sur le trajet des tendons des muscles et en connexion avec ces tendons. Il peut arriver, quand le membre est fléchi, et que par suite le muscle et le tendon se trouvent fortement appliqués sur l'os sous-jacent, que la mobilité soit très obscure, mais on peut la rendre plus évidente en mettant le membre dans une position où il y ait une tension moindre.

Elles sont par conséquent situées au-dessous de la peau, qui peut librement glisser au-dessus d'elles, et qui, au moins dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, conserve sa couleur normale.

Très exceptionnellement, on a noté un peu de rougeur. Dans deux cas, de MM. Barlow et Wurner, cette rougeur pouvait être mise sur le compte de

frictions ou d'autres irritations locales pratiquées dans un but dérivatif. Les autres fois, où cette modification de couleur existait, on trouvait des symptômes assez différents de ceux que l'on rencontre généralement, pour me faire hésiter à y voir la même affection.

Il n'est, en effet, nullement impossible que la diathèse rhumastismale puisse produire d'autres nodosités que celles qui font l'objet de cette étude, et qui, par leur rareté plus grande encore, ne seraient pas suffisamment connues pour que leur histoire pût être établie.

Les nodules de Meynet ne sont en général pas douloureux spontanément. Le plus souvent, une pression modérée n'éveille pas non plus de douleur. Cependant, on a noté quelques cas où il en était autrement. Faut-il y voir une de ces variétés encore mal connues de l'affection, ou bien cette sensibilité anormale est-elle une simple coïncidence, la nodosité s'étant développée en un point qui, pour une raison ou pour une autre, se trouvait accidentellement plus irritable? C'est ce que j'ignore, et ce que l'avenir seul, en en fournissant de nouveaux exemples, pourra *peut-être* permettre d'éclaircir.

La grosseur est variable, mais jamais bien considérable, d'une tête de petite épingle à une noisette. Parfois, lorsque la nodosité est un peu grosse, la peau est soulevée et le nodule se voit à l'œil nu ; mais dans d'autres circonstances, il faut le chercher par la palpation.

Comme ces tumeurs ne sont pas douloureuses,

pour peu qu'elles ne soient pas très apparentes, on ne les découvre souvent que par hasard, et alors on ne peut pas savoir à quelle époque et de quelle façon elles sont venues.

D'autres fois, au contraire, comme cela arrive quand, en ayant déjà trouvé chez un malade, on guette leur apparition, on peut les voir survenir du jour au lendemain. Des malades en ont découvert en se peignant, qui étaient survenues pendant la nuit sur le cuir chevelu, et dont la présence empêchait les dents du peigne de glisser.

Elles peuvent paraître par poussées successives. Elles sont dures, élastiques, comme rénitentes. Quelquefois, dès l'origine, elles ont leur grosseur et leur dureté définitives. Dans d'autres cas, au contraire, on les voit, d'abord très petites, grossir pendant un certain temps, rester stationnaires, puis se mettre à diminuer, et, finalement, disparaître sans laisser aucune trace de leur passage. Il peut se faire que leur consistance passe par des phases analogues.

Leur durée est très variable; sans être aussi courte que celle des nodosités éphémères de M. Ferréol, elle est parfois très restreinte encore, quelques jours par exemple. Il paraîtrait que dans ce cas elles peuvent s'évanouir presque aussi subitement qu'elles ont poussé. Il peut aussi arriver qu'elles durent plus longtemps, quelques semaines, et qu'après une période d'état, elles se mettent à décroître progressivement, jusqu'à cesser d'être perceptibles.

Enfin, dans certaines circonstances, elles peuvent persister beaucoup plus. MM. Barlow et Warner

leur assignent une durée maximum de cinq mois, mais cette durée a été depuis lors singulièrement dépassée. Marie H..., qui fait l'objet de l'observation VIII, les avait depuis au moins un an, et quoique singulièrement diminuées, ces petites tumeurs n'étaient pas encore disparues, surtout celle du coude gauche.

M. Duckworths en a vu durer quatorze mois. Le cas le plus remarquable à cet égard serait celui de Mackensie, où elles existaient encore au bout de deux ans et demi, si, comme je l'ai déjà dit, ce cas ne me semblait au moins très contestable.

D'où peut donc provenir une telle différence de durée chez Marie M...? Il s'agissait d'un rhumatisme chronique. Y a-t-il entre la chronicité et la persistance des nodosités une relation de cause à effet, ou bien est-ce une simple coïncidence? Dans tous les cas, cette persistance est rare, et ce ne sera que quand on aura pu réunir un plus grand nombre d'observations bien détaillées, que cette question aura quelque chance de pouvoir être résolue.

Un fait remarquable, c'est la possibilité des récidives, soit *in situ*,¹ soit dans le voisinage, soit même à distance. Cette récidive, dont nous avons vu un exemple (observation IX), a été trop bien mise hors de doute, pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

§ 4. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic ressort de ce que je viens de dire. On ne pourrait guère confondre les nodules de Mey-

net qu'avec des tophus, avec des gommes, ou encore peut-être avec quelques accidents scrofuleux.

Le principal, le premier élément du diagnostic différentiel repose, cela va de soi, sur les antécédents du sujet.

Si l'on a affaire à un rhumatisant, on croira avec raison avoir affaire à des nodosités rhumatismales, et la disparition habituellement assez rapide des accidents prouvera qu'on ne s'était pas trompé. Dans tous les cas, si l'on avait la possibilité d'enlever une tumeur et d'en faire l'analyse, l'absence de l'acide urique prouverait qu'il ne s'agissait pas d'un tophus.

Il peut être permis d'hésiter entre une gomme et une nodosité rhumatismale, surtout si le sujet est syphilitique. Cependant, si l'on a assisté à l'éclosion de la tumeur, l'hésitation ne sera plus guère possible, comment croire qu'une gomme a poussé subitement ?

On pourrait avoir un autre élément de diagnostic dans la disparition de la tumeur ; mais comme dans le cas où l'on aurait affaire à un accident vénérien, la temporisation pourrait être très préjudiciable au patient, il sera toujours prudent d'essayer d'abord le traitement spécifique qui, s'il n'est pas utile, ne saurait dans tous les cas avoir d'inconvénients sérieux.

Cet essai me paraît aussi très recommandable, même quand la certitude d'antécédents suspects fait défaut. Certains malades éprouvent une répugnance invincible à avouer qu'ils ont eu la vérole ; d'autres même l'ignorent réellement. Il en est d'autres enfin, et assez nombreux, chez lesquels des considérations de convenances ne permettent pas même de poser la

question. C'est alors que l'iodure de potassium pourra, à titre de pierre de touche, rendre de véritables services.

La marche ultérieure de la maladie, qui, dans le cas de nodules de Meynet, disparaît sans jamais donner lieu à la suppuration, permettra d'éliminer l'idée de gommes.

Le siège n'est pas celui des accidents scrofuleux avec lesquels on pourrait les confondre, accidents qui consistent en l'engorgement des ganglions.

L'absence de rougeur et de douleur fera abandonner l'idée d'érythème noueux. Quant aux nodosités d'Heberden, comme elles sont constituées par des gonflements des têtes osseuses et que, par suite, elles ne sont pas mobiles, on ne les confondra pas avec les nodosités rhumatismales sous-cutanées.

§ 5. — PRONOSTIC

Envisagés en eux-mêmes, les nodules de Meynet n'ont aucune importance ; ils sont indolents, transitoires et disparaissent sans laisser de trace, tout au plus peuvent-ils constituer une très légère difformité temporaire, ou bien gêner le malade pour se peigner ou pour mettre son chapeau.

Je n'irai pas cependant jusqu'à dire, comme on l'a fait avant moi, que leur pronostic est bénin, car il convient, à côté des nodosités, de considérer la maladie, dont elles ne sont qu'une des manifestations.

Or, elles n'ont été vues que dans des cas de rhu-

matisme grave, soit par les lésions cardiaques concomitantes, soit simplement comme c'était le cas de Marie H... par la persistance des accidents rhumatismaux. Marie H..., quand elle a quitté l'hôpital n'avait rien au cœur ; mais d'une part, quand elle est entrée dans le service, on avait trouvé un souffle systolique à la pointe, souffle qui plus tard a disparu, mais qui pourrait bien, lors d'une nouvelle attaque, reparaître et cette fois devenir définitif, et, d'autre part, la persistance de son rhumatisme chronique la mettait dans un état de demi-infirmité qui ne laissait pas que d'être très grave pour une personne obligée de gagner sa vie.

Ainsi donc, selon l'avis de MM. Barlow et Warner et de M. Brissaud, je crois qu'on doit se montrer très réservé dans le pronostic d'un rhumatisme où l'on constate la présence des nodules de Meynet.

§ 6. — TRAITEMENT

Aucun traitement particulier ne doit être institué, d'abord parce que tout ce que l'on a essayé s'est montré sans effet, et ensuite et surtout parce que la maladie n'en réclame pas et disparaîtra bien sans cela. Mais, précisément parce qu'elle est l'indice d'un rhumatisme grave, on devra d'autant plus insister sur le traitement antirhumatismal.

Quant aux pommades fondantes, aux applications topiques, je les crois au moins inutiles. Parvînt-on, ce qui est loin d'être prouvé, à hâter ainsi la dispa-

rition des nodosités, peut-être ne serait-il pas sans danger de les appliquer au-dessus des gaines tendineuses dans lesquelles les nodosités sont situées, n'aurait-on pas à craindre d'amener dans ces gaines une inflammation dont les inconvénients ne seraient nullement compensés par la guérison, d'ailleurs fort problématique, d'une manifestation morbide sans aucune gravité intrinsèque.

CONCLUSIONS

En définitive, je crois qu'on peut formuler les conclusions suivantes :

1° Les nodules de Meynet ont été jusqu'à présent plus fréquents en Angleterre qu'en tout autre pays.

2° Si aucun âge n'en est à l'abri, c'est surtout une maladie de l'enfance et de l'adolescence.

3° La femme y paraît plus prédisposée que l'homme.

4° Ces nodosités ont une structure fibreuse plus ou moins dense. Leur siège anatomique paraît être les tendons musculaires, et quoique plus rarement, les aponévroses profondes et le péricrâne.

5° On les rencontre de préférence aux coudes, aux genoux, aux mains, moins souvent à la tête et dans d'autres parties du corps. Aux coudes, elles semblent affectionner les olécrânes ; aux genoux, les rotules ; aux mains, les articulations des doigts et des poignets.

6° Elles sont en général symétriques, indolentes, sans changement de couleur à la peau.

7° On les rencontre dans des cas de rhumatismes graves, soit par la persistance des accidents rhumatismaux, soit par la concomitance d'une maladie cardiaque qui paraît la règle, surtout chez les sujets jeunes. Il est rare qu'elles se montrent de bonne heure ; elles n'apparaissent d'ordinaire que quand la maladie générale a déjà notablement détérioré l'organisme, par exemple à la seconde ou à la troisième attaque.

8° Il en résulte que l'on doit insister sur le traitement antirhumatismal. Mais les nodosités ne réclament par elles-mêmes aucun traitement spécial.

9° Elles peuvent récidiver soit sur places, soit dans le voisinage, soit à distance.

10° Leur nombre est très variable ; parfois on n'en trouve qu'une, mais c'est rare. Dans d'autres cas, on en peut rencontrer un grand nombre.

11° Leur durée est aussi variable que leur nombre, sans que, jusqu'ici, il paraisse possible d'en découvrir la cause.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de la Thèse,

L. BONDET.

Vu : *Le Doyen,*
LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

EM. CHARLES.

